

Belemmeringen voor methadonbehandeling in Amsterdam

Reflecties ter verbetering van het bereik

Ewald Witteveen en Gerrit van Santen *

Opiaatverslaafden komen zonder methadonbehandeling niet in aanmerking voor heroïneverstrekking. Opiaatgebruik enerzijds en het gemis van methadonbehandeling en heroïneverstrekking anderzijds leiden bij deze gebruikers, die tevens veelvuldig crack gebruiken, vaak tot ernstige gezondheidsklachten, marginalisering en overlast. Bovendien missen zij vormen van aanvullende hulp die via de poliklinieken van de GGD aangeboden worden. Uit oogpunt van openbare gezondheidszorg is het echter van belang het langzaam afnemende bereik van de methadonbehandeling voor alle gebruikers op peil te houden en waar mogelijk te maximaliseren. Inzicht in de belemmeringen voor methadonbehandeling vanuit het perspectief van de gebruiker is nodig om dit doel te bereiken. De hier beschreven kwalitatieve studie richtte zich specifiek op onbehandelde Amsterdamse heroïneverslaafden en maakte gebruik van open vragen om nieuwe informatie te verzamelen.

Inleiding

In de regio Amsterdam ontwikkelde de heroïne-epidemie zich van enkele honderden gebruikers in 1972 tot bijna negenduizend in 1988. Deze ontwikkeling ging gepaard met overlast en groepen opiaatverslaafden die door de zorg niet werden bereikt. De Amsterdamse hulpverlening reageerde hierop met laagdrempelige methadonprogramma's waarvan bekend was dat zij een gunstig effect hebben

* Dr. E. Witteveen is onderzoeker op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg bij het Cluster Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering van GGD Amsterdam. E-mail: ewitteveen@ggd.amsterdam.nl.

Drs. G. van Santen is senior verslavingsarts bij de Polikliniek Centrum van het Cluster Maatschappelijke en Geestelijke Gezondheidszorg van GGD Amsterdam.

Het hier beschreven onderzoek werd gefinancierd door het Cluster MGGZ van GGD Amsterdam.

op heroïneverslaving (Ball & Ross, 1991; Driessen, 2004). Aanvullende preventieve activiteiten ('harm reduction') bleek de gezondheidstoestand en de leefomstandigheden verder te verbeteren. In de loop der jaren bereikten de methadonbus en de wijkposten voor methadon 72% van de verslaafdenpopulatie (Buning, 1986, 1987; Brussel & Buster, 2005). Een uitzonderlijk hoog percentage.

Inmiddels is de situatie sterk veranderd. Onderzoek laat zien dat het aantal opiaatverslaafden in Amsterdam is afgenomen met 56% tot een gestabiliseerd aantal van ongeveer vierduizend in 2004 (Brussel & Buster, 2005) en dat we tegenwoordig te maken hebben met polygebruikers die primair afhankelijk zijn van cocaïne-base of crack (Boekhout van Solingen, 2001; Witteveen e.a., 2007). Het intraveneus gebruik van harddrugs is gedaald van 30% naar minder dan 10% (Brussel & Buster, 2005; Witteveen e.a., 2006) en de gemiddelde leeftijd van de huidige methadongebruikers is gestegen tot 49 jaar (Brussel & Buster, 2005). Terwijl recent onderzoek laat zien dat het bereik van de methadonbehandeling in Amsterdam onveranderd hoog is (Buster, Witteveen & Tang, 2009), lijkt het bereik in subgroepen gebruikers af te nemen. Het ROSE-veldonderzoek (Buster, 2005) laat bijvoorbeeld zien dat onder opiaatgebruikers in Amsterdam Zuidoost bezwaren bestaan tegen methadon. Onderzoek onder een groep overlastgevende vrouwen in Amsterdam laat tevens zien dat het contact met de methadonbehandeling afnam van 45% in 2001 tot 40% in 2006 (Buster, 2008). Onder hulpverleners ten slotte bestaat een sterk vermoeden dat ook binnen de groep problematische gebruikers weerstand is ontstaan tegen de huidige methadonbehandeling.

Opiaatverslaafden zonder methadonbehandeling komen niet in aanmerking voor heroïneverstrekking. Harddrugsgebruik enerzijds en het gemis van methadonbehandeling en heroïneverstrekking anderzijds leiden bij deze gebruikers, die tevens veelvuldig crack gebruiken, vaak tot ernstige gezondheidsklachten, marginalisering en overlast. Bovendien missen zij vormen van aanvullende hulp die via de poliklinieken aangeboden worden. Uit oogpunt van openbare gezondheidszorg is het van belang het bereik van de methadonbehandeling voor alle gebruikers op peil te houden en waar mogelijk te maximaliseren. Inzicht in belemmeringen voor methadonbehandeling is nodig om dit te bereiken.

Belemmeringen voor methadonbehandeling worden uitvoerig in de internationale literatuur beschreven en kunnen per land, regio of groep verschillen. De verslavende werking van methadon en de bijwerkingen ervan (Hunt, 1986; Peterson, 2008) zijn veel beschreven belemmeringen op farmacologisch niveau. Op individueel niveau worden

onder andere patiënttevredenheid, leeftijd, polygebruik (alcohol en crack), een strafblad en psychiatrische aandoeningen genoemd (Grella, 1997; Magura, 1998; D'Aunno, 2002; Booth, 2003; Deck, 2005). Veelgenoemde belemmeringen op programmatisch niveau zijn regelgeving, financiële bijdrage, wachttijden en hoogte van de dosering (Woody, 1975; Maddux, 1994;).

Genoemde studies echter zijn Angelsaksisch georiënteerd, maken gebruik van gesloten vragen en gaan niet uit van het perspectief van gebruikers. Aanvullende informatie vanuit het perspectief van gebruikers kan ons begrip over belemmeringen voor methadonbehandeling vergroten, en Nederland kent hiervan inmiddels belangrijke voorbeelden, zoals de landelijke reorganisatie van de methadonverstrekking. Deze vond plaats op basis van de Richtlijn opiaatonderhoudsbehandeling (RIOB; GGZ Nederland, 2005) die in overleg met patiënten werd ontwikkeld.

De kwalitatieve studie die hier wordt beschreven richt zich specifiek op onbehandelde Amsterdamse heroïneverslaafden en maakt gebruik van open vragen ten einde nieuwe informatie te verzamelen. De volgende onderzoeksvraag werd gesteld: welke motieven hebben Amsterdamse opiaatgebruikers om te stoppen met methadonbehandeling of om af te zien van deze behandeling?

Methodie

WERVING

Personen die langer dan twee jaar regelmatig (vier dagen per week) opiaten gebruikten en geen methadon (meer) via een officieel programma ontvingen, werden in de periode mei tot en met oktober 2009 gevraagd aan het onderzoek mee te doen. Om een zo representatief mogelijke steekproef samen te stellen werd op verschillende manieren, tijden en plaatsen geworven. Kandidaten werden zowel direct als indirect benaderd. 's Morgens, 's middags en een enkele keer 's avonds werd er geworven in verblijf- en gebruikruimtes, bij de nachtopvang en bij pensions. Ook op straat en op hangplekken werden kandidaten geworven.

Aanvankelijk was het de bedoeling ongeveer dertig personen te werven. Na het zeventiende interview echter werd duidelijk dat geen nieuwe en aanvullende informatie verzameld werd; het verzadigingspunt was bereikt. In totaal werden twintig personen geïnterviewd. De interviews duurden gemiddeld 45 minuten en kandidaten kregen twintig euro vergoeding.

BESCHRIJVING

Van de twintig deelnemers was 80% (N = 16) van het mannelijke geslacht en de gemiddelde leeftijd van de steekproef was 47 jaar. Deelnemers hadden een verschillende cultureel/etnische achtergrond: Europees (40%, N = 8), Centraal-Amerikaans (40%, N = 8), Noord-Afrikaans (15%, N = 3) en Aziatisch (5%, N = 1). Van de personen uit de steekproef chineesde 85% (N = 17) dagelijks heroïne en 70% (N = 14) basete dagelijks cocaïne; 90% (N = 18) gaf aan zowel cocaïne als heroïne te gebruiken. Uit het onderzoek bleek eveneens dat 80% (N = 16) de methadon in het verleden bij een officiële instantie kreeg en dat 60% (N = 12) methadon momenteel op straat koopt. Tijdens de interviews gaf 35% (N = 7) te kennen te willen stoppen met gebruik en 30% (N = 6) gaf aan niet te willen stoppen. (Voor een overzicht zie tabel 1.)

ANALYSE

Om inzicht te krijgen in de belemmeringen van de deelnemers voor methadonbehandeling namen twee ter zake kundige interviewers (een verslavingsonderzoeker en een verslavingsarts) halfgestructureerde diepte-interviews af met behulp van een itemlijst. Deze lijst werd opgesteld na literatuurstudie en twee brainstormsessies en werd gebruikt als leidraad. Deelnemers werd gevraagd vrijuit te spreken; de interviews werden opgenomen en uitgewerkt tot een samengevat transcript. Dit transcript werd vervolgens geanalyseerd. Tijdens de eerste fase van deze analyse koppelden de onderzoekers codes aan de verschillende antwoorden op de onderzoeksvraag met behulp van een computerprogramma (MAXQDA). Op deze wijze werd een vaste code toegekend aan bijvoorbeeld alle stukjes transcript betreffende 'afkicken van methadon is zwaar'. Alle mogelijke antwoorden op de onderzoeksvraag werden op deze wijze gecodeerd. Tijdens de tweede fase werden alle stukjes transcript met dezelfde code aan elkaar 'geplakt' en werd gekeken naar de kern van de overeenkomst. Op deze manier konden verschillende belemmeringen onderscheiden en beschreven worden.

Resultaten

BELEMMERINGEN VOOR METHADONBEHANDELING

In totaal werden elf verschillende belemmeringen voor methadonbehandeling genoemd (zie tabel 2). Deze zijn te verdelen in drie categorieën. Belemmeringen betreffende de stof methadon, de persoon en

Tabel 1. Kenmerken van de twintig heroïnegebruikers ten tijde van het interview.

Persoon	Sekse	Leeftijd	Etnisch	7 dagen per week heroïne en coke	Methadon op straat	Ooit methadon bij instelling	Wil stoppen
1	M	56	Surinaams	Ja	Ja	Ja GGD	Ja
2	M	49	Surinaams	Ja	Ja	Ja GGD	Nee
3	M	29	Nederlands	Ja	Alleen in detentie	Alleen in detentie	Toekomst
4	M	45	Nederlands	Ja	Ja	Ja GGD	Nee
5	M	53	Surinaams	Ja	Nee	Ja GGD	Toekomst
6	M	52	Surinaams	Ja Coke in joint	Nee	Ja Zutphen	Nee
7	M	43	Marokkaans	Ja	Nee	Nee	Toekomst
8	V	55	Nederlands	4 dagen heroïne en coke	Ja	Ja GGD	Ja
9	M	55	Surinaams	7 dagen heroïne 2 dagen coke per maand	Ja	Ja Jellinek	Ja
10	M	23	Egyptisch	Ja	Nee	Ja GGD	Ja
11	M	52	Surinaams	Ja	Ja Sinds 2 weken bij GGD	Ja GGD	Toekomst

Persoon	Sekse	Leeftijd	Etnisch	7 dagen per week heroïne en coke	Methadon op straat	Ooit methadon bij instelling	Wil stoppen
12	V	44	Nederlands	Ja	Ja	Ja GGD	Ja
13	M	57	Nederlands	7 dagen heroïne en alcohol	Nee	Ja GGD	Nee
14	M	57	Moluks	Ja Chinezen	Nee	Ja GGD	Ja
15	V	38	Marokkaans	Ja	Alleen in detentie	Alleen in detentie	Nee
16	V	44	Nederlands	4 dagen heroïne 2 dagen pep Soms coke	Ja	Ja Jellinek	Weet niet
17	M	49	Surinaams	Ja	Ja	Nee	Weet niet
18	M	44	Oostenrijks	Sinds een week geen heroïne en coke	Ja	Ja (kreeg morfi- ne) GGD	Nee
19	M	43	Nederlands	7 dagen heroïne en alcohol 3 dagen coke	Ja	Ja GGD	Toekomst
20	M	52	Nederlands-Antilliaans	Ja	Ja	Ja GGD	Ja
Totaal	M = 16 V = 4	Gemiddeld 47	Nederlands = 7 Surinaams = 7 Afrikaans = 3 Moluks = 1 Nederlands-Antilliaans = 1 Oostenrijks = 1	7 dagen per week heroïne (N = 17) 7 dagen per week cocaine (N = 14) 7 dagen per week alcohol (N = 2)	Methadon op straat (N = 12)	Ooit methadon bij instelling (N = 16)	Wil stoppen (N = 7) Wil niet stoppen (N = 6)

Tabel 2. Belemmeringen voor methadonbehandeling.

Motief	Aantal
<i>Methadon</i>	
Afkicken is zwaar	19
Bijwerkingen	12
Experiment	3
Hou niet van pillen	3
<i>Persoon</i>	
Behoeftte aan roes	9
Heroïne als dimmer	8
<i>Programma</i>	
Dagelijks gebruik van methadon	10
Te veel regels	7
Dringen methadon op	6
Kom gebruikers tegen	5
Wachten in rij	2

het methadonprogramma. Uit de interviews bleek dat meestal meerdere motieven een rol spelen bij de keuze af te zien van behandeling. De zes meest genoemde motieven worden hierna beschreven.

BELEMMERINGEN BETREFFENDE DE STOF METHADON

Afkicken is zwaar. Van de respondenten gaf 95% (N = 19) aan niet dagelijks methadon te willen gebruiken, omdat het volgens hen zeer verslavend werkt. Na enige tijd van gebruik ontstaan bij het stoppen veel en ernstige ontwenningsverschijnselen. In dit verband werden genoemd: algehele malaise, zich ziek voelen, moeilijk bewegen, slecht slapen, zweten, gapen en gebrek aan eetlust. De ontwenningsverschijnselen zijn volgens de respondenten erger dan die van heroïne en kunnen wel drie tot zes maanden duren. Gebruikers anticiperen op de heftige ontwenningsverschijnselen en willen niet dagelijks methadon. Er is echter nog een reden. Het leven van harddruggebruikers is vaak onvoorspelbaar, en afhankelijkheid van methadon met zijn vervelende ontwenning houdt risico's in. In dit geval werd bijvoorbeeld verwezen naar de relatief grote kans dat men opgepakt wordt door de politie en niet tijdig methadon krijgt.

Twaalf geïnterviewden gaven aan ooit te willen stoppen met gebruik, ook van methadon. Daarmee stoppen is echter erg zwaar en bij het afbouwen neemt de ernst van de ontwenning toe naarmate de dose-

ring methadon lager wordt. Stoppen met het laatste tabletje geeft in de regel de meeste problemen. Uit analyse bleek dat gebruikers verkiezen eerst de methadon af te bouwen in verband met het zware afkicken, alvorens te stoppen met heroïne.

Nog iets over die methadon: stel, ik gebruik die methadon, normaal werkt het 36 uur. Als het uitgewerkt is, dat gevoel dat het bij mij teweeg brengt. Zo ziek, zieker dan heroïne, zo slapjes. De afkick van methadon heb ik meegemaakt. Als het uitgewerkt is kom ik moeilijk uit m'n bed, wil ik de hele dag blijven liggen. Licht in m'n hoofd. Daarom ben ik zo terughoudend met die methadons. Ik heb een vriend, die was vijf jaar afgebouwd. Op één methadon is hij gebleven, tot hij weer is gaan gebruiken. Hij kon het moeilijk loslaten die laatste. Dat zal mij niet overkomen (09, 64-40¹).

Als je van de heroïne af wilt is dat makkelijker, zeg maar twee tot drie dagen. Maar als je methadon gebruikt en heroïne en je stopt met die methadon dan word je gewoon gek omdat het gewoon zwaarder is dan die heroïne. Je gaat echt gek worden en domme dingen doen, je bent zo ziek en je wilt beter worden. Je weet niet wat je allemaal gaat doen (11, 33-35).

Lichamelijk is het voor mij heel erg moeilijk om af te kicken van die methadon, geestelijk en lichamelijk. Daarom moet ik eerst met de methadon stoppen. Met de heroïne heb ik niet zoveel problemen. Als ik stop met de heroïne, dan in een week ben ik er lichamelijk doorheen (14, 36-39).

Ik heb toch altijd in m'n hoofd gehad om een keer met die drugs te stoppen. Daarom heb ik liever niet die methadon want dan duurt het veel langer die afkick. Bovendien: stel, je hebt methadon en door omstandigheden kun je het niet krijgen, dan ben je de lul. Ik word niet meer zoveel opgepakt, maar het speelde wel (19, 60-65).

Bijwerkingen. Van de deelnemers heeft 60% (N = 12) problemen met methadon in verband met vermeende bijwerkingen. In dit verband werden genoemd: pijn in de gewrichten waardoor bewegen moeilijk

1 Verwijst naar de persoon en de regels in het transcript.

wordt, moeheid, migraine, obstipatie en problemen met concentratie en potentie. Enkele geïnterviewden gaven tevens aan dat methadongebruik aan de mensen is af te zien en dat ze op elkaar gaan lijken ('Men beweegt als een robot, ze lijken op zombies: vierkante kop en ingevalen ogen'). Over het algemeen is men ervan overtuigd dat heroïne deze bijwerkingen niet heeft doordat het een natuurlijke stof is. Methadon is synthetisch en gevaarlijker. Geïnterviewden hebben het idee dat bijwerkingen vooral toenemen bij langdurig gebruik en hoge dosering.

Ik weet uit eigen ervaring dat je van langdurig methadongebruik pijn in je botten begint te krijgen (02, 10-10).

Alleen een onprettig gevoel was, ik lees graag geconcentreerd, wil erbij zijn. Ik had dat alles langs me heen ging. Ik kon niet meer lezen (15, 21-22).

Dat je niet weet wat het met je doet, als je het lang gebruikt (16, 68-68).

Heb ook last van m'n potentie. Krijg hem niet meer zo goed omhoog als ik methadon gebruik. Dat wil ik in geen geval meer hebben (18, 80-80).

BELEMMERINGEN BETREFFENDE DE PERSOON

Behoeft aan roes. Analyse van de interviews maakt duidelijk dat 45% (N = 9) van de ondervraagden de snelle en diepe roes van heroïne zeer op prijs stelt. Men wordt er euforisch, gelukkig en tevreden van. Methadongebruik zorgt weliswaar voor de gewaardeerde afname van de lichamelijke afkickverschijnselen van heroïne, maar geeft geen of laat een licht roeseffect. De geestelijke trek naar of zin in heroïne blijft derhalve aanwezig. Ook een hoge dosis methadon brengt nauwelijks verandering in deze behoefte naar de roes. Omdat methadon enerzijds niet de gewenste roes geeft en anderzijds de behoefte naar de roes niet wegneemt, blijft de trek naar de roes bestaan. De hunkering naar heroïne blijft en de kans op een dubbele verslaving, en bij cokegebruik op een drievoudige verslaving, is groot. Geïnterviewden vinden dit ongewenst. Volgens enkele geïnterviewden werkt een methadonbehandeling voor heroïnegebruikers die een diepe roes najagen derhalve negatief.

Uit analyse bleek bijvoorbeeld dat een ex-heroïnegebruiker die een roes najaagt en methadon gebruikt behoefte houdt aan aanvullend alcoholgebruik om zich goed te voelen. Bij personen met leverproblemen is dit een belangrijk minpunt.

Methadon dempt de behoefte aan heroïne, dat wel. Maar je krijgt niet die roes. Ik hou van de roes. Alles wat lekker is dat bevalt me, een beetje heroïne is lekker. Dat is om te kunnen genieten en in mijn vrije tijd rond te hangen. Een beetje praten met iemand. Ik hou van roesmiddelen. Euforisch en ik word er gelukkig van en tevreden (18, 45-50).

Je gebruikt methadon, je hebt geen behoefte meer om heroïne te gebruiken. De behoefte is weg maar de trek is er nog wel. Je gaat er dan uiteindelijk wel naar grijpen, zoals dat ijsje. En dat wordt steeds meer. De weerstand tegen de heroïne verslapt. Ik neem geen methadon, omdat ik weet: het neemt de behoefte wel weg maar de trek blijft (15, 19-24).

Bij mij werkt methadon niet. Pas na een paar dagen is het dat de trek verdwijnt. Maar het is niet zo dat het de trek helemaal opvangt. Een hele hoge dosis zeggen ze dat dat de trek opvangt, maar ik heb dat nog nooit ervaren. Als ik methadon neem, blijf ik behoefte houden aan heroïne (16, 28-33).

Met heroïne ben ik tevreden vanwege die roes, met methadon niet. En met heroïne kan ik ook makkelijker van die drank afblijven. Ik heb ook levercirrose, het is niet goed voor mij om alcohol te drinken en bij methadon moet ik als versterking daarbij pilsjes drinken om een goede roes te voelen (18, 55-58).

Heroïne als dimmer. Combinatiegebruik van heroïne en cocaïne-base komt in de steekproef bij 90% voor. Acht personen gaven duidelijk aan heroïne te gebruiken als downer voor cocaïne. De roes na het basen is zeer heftig en duurt slechts enkele seconden. Deelnemers gaven aan dat men na het basen trek blijft houden. Coke basen 'vult niet', men wil steeds meer en blijft na het roken achter met een vervelend, prikkelbaar en opgefokt gevoel. Basen werkt als een upper en als het te heftig wordt vraagt het om een downer. Een ideale downer voor

cocaïne-base is volgens de geïnterviewden heroïne. Verschillende gebruikers maakten zelfs duidelijk dat deze combinatie noodzakelijk is. Het dempt de cokebehoefte zeer goed en ogenblikkelijk. Bovendien geeft het een prettig-warme roes. Genoemde voordelen van heroïne maken methadon oninteressant.

Met coke blijft je 'maag' leeg. Je houdt honger. Hoe meer coke je rookt, hoe meer behoefte je hebt om nog meer te roken. Wat sommige mensen doen is een jointje roken, wiet. Maar bij mij werkt dat niet. Je zit gewoon niet lekker in je vel. Je raakt gewoon opgefokt en speedy. Dat gevoel dat die coke achterlaat is niet lekker. Vervelend gevoel, prikkelbaar. Het vult niet, je blijft trek hebben. Als ik dan heroïne neem, krijg ik weer een prettig gevoel en dan gewoon normaal, stabiel (10, 66-79).

Vroeger wilde ik nooit naast de cocaïne heroïne gebruiken, dat was mijn standpunt. Vroeger dacht ik: mocht die cocaïne te veel effect produceren, dan haal ik een beetje marihuana of hasjiesj, wat whisky. Maar die dingen helpen ook niet echt goed om te dempen. Op een gegeven moment word je te opgewonden. Je kunt het niet meer goed beheersen. Dan gebruik ik de heroïne om de coke af te dempen. In feite heb ik die heroïne nodig als ik coke rook (17, 47-55).

Die heroïne is ook een dempmiddel. Het dempt, plus het laat je ook happy voelen. Als ik dat niet had, zou ik geen coke roken. Je hebt beide nodig, het is met elkaar verbonden (20, 7-12).

Die heroïne gaat rechtstreeks naar je hersenen, rechtstreeks in je lichaam. Je voelt het gelijk in je poriën gaan. De methadon gaat langzamer en je voelt het niet in je poriën, maar wel in je buik. Daar blijft het hangen. De heroïne is beter, sneller (20, 65-68).

BELEMMERINGEN BETREFFENDE HET METHADONPROGRAMMA
Dagelijks gebruik van methadon. Uit analyse van de interviews bleek dat 85% (N = 17) van de geïnterviewden alle dagen van de week heroïne rookt. Twee personen gaven aan vier dagen van de week heroïne te roken. Gebruikers proberen de beschikbare heroïne te verdelen over de dag en hebben in principe weinig behoefte aan methadon. Het

leven van een gebruiker is echter onvoorspelbaar en analyse liet zien dat heroïnegebruik in de praktijk vaak anders verloopt. Gebruikers roken bijvoorbeeld het hele dagelijkse portie in een keer op ('s ochtends). Tevens komt het voor dat men niet genoeg of helemaal geen heroïne kan kopen, doordat het geld ontbreekt. Ook komt het regelmatig voor dat de heroïne versneden blijkt en derhalve minder aanslaat. Genoemde situaties leiden tot een onverwacht tekort aan heroïne en tot een onvoorspelbare en onregelmatige behoefte aan methadon. Deze grillige behoefte rijmt niet met de gangbare praktijk binnen de methadononderhoudsbehandeling, waarbij dagelijks gebruik van methadon centraal staat. Genoemde gebruikers willen naar de behandeling komen als ze, om welke reden dan ook, om heroïne verlegen zitten. Ze vragen om methadon naar behoefte.

Zie methadon wel als hulpmiddel. Kan ik m'n dope niet regelen, dan kan ik nog altijd methadon slikken. Ik wil alleen methadon als ik echt een goede reden heb. Het heeft voor mij geen zin als ik 's morgens heb gerookt, dat ik 's middags naar de bus toe ga. Maar dat kan ik vier keer doen. Als ik dan vier dagen niet geweest ben en ik kom dan; ja je had vrijdag moeten komen. Ja sorry, vrijdag had ik niet nodig. Daar gaat het mij om: of ik het echt nodig heb (04, 31-33).

Heroïne kost geld natuurlijk. Wij gebruikers hebben alleen een uitkerinkje en als je je dope niet kunt bekostigen en er zou geen methadon zijn, dan moet je stelen of wat dan ook. En die methadon geeft je wel zekerheid. Dat je elke dag gewoon kunt functioneren (10, 43-45).

Ik kreeg die methadon per week. Dus dan ging ik er maar heen; moest, anders kreeg ik het de volgende week niet. Nam m'n slokje, dat gooide ik weg want ik rookte; ik had genoeg aan m'n heroïne. Maar ik had al die tijd honderd procent overgeslagen, dat ik wel had gehaald. Op een gegeven moment zat ik met heel veel pillen. Maar dan kun je weer niet zeggen daar van; laat maar, want ik heb genoeg. Maar aankomende week wordt het kritisch, mag ik dan mijn buffertje? (13, 54-58)

Te veel regels. Van de respondenten gaf 35% (N = 7) aan veel moeite te hebben met regels die gelden bij het methadonprogramma. Gebrui-

kers hebben vaak een druk en chaotisch leven. Men weet van tevoren niet wat er allemaal staat te gebeuren en leeft van moment tot moment. De geïnterviewden vinden het daarom moeilijk om op een bepaalde tijd op een bepaalde plek te zijn. Geen methadonuitgifte als sanctie voor te laat komen wordt bovendien als onredelijk ervaren, omdat men afhankelijk is van methadon. Naast de problemen met openingstijden en tijden voor afspraken klaagden de geïnterviewden over de regels ten aanzien van het zogenaamde arrangement; het terugkomschema. De meeste geïnterviewden moesten elke dag komen en gaven aan hiermee grote moeite te hebben. Bovendien vond men de regels ten aanzien van het schema ondoorzichtig. De geïnterviewden vertelden tevens moeite te hebben met de regels ten aanzien van alcoholgebruik en het meekrijgen van methadon bij speciale gebeurtenissen (vakantie, overlijden, sollicitatie).

Ik moest me aan die tijden houden om die methadon te gaan drinken. Daarvan begon ik echt te stressen. Ik kon niet één minuut te laat komen. Zelf meegemaakt: ze sturen je weg. Kom je één minuut te laat, dan ben je de lul. Soms heb je een ergens een afspraak en kom je één minuutje te laat en die gasten sturen je weg, maar je moet je medicijnen hebben (02, 9-10).

Ik begrijp heel goed dat er regels moeten zijn, maar het blad valt van de boom en je kunt niet z'n richting bepalen. Je weet niet wat er gaat gebeuren. Daar heb ik nogal wat moeite mee. Ik ging op vakantie en dan moet ik ruim van tevoren aangeven: ik ga die en die datum op vakantie. Dan zou ik graag mijn medicatie mee willen hebben. Dan moet er eerst vergaderd worden of het allemaal wel kan. Komt hij wel regelmatig? Want dat moet van hun (04, 76-76).

Als je te laat bent, dan moet je gewoon, die dag heb je niks. Nou dat is wel erg! Een straf op je medicatie. Geef een andere straf, maar ja (08, 15-16)

Ze begonnen ook te zeuren, weet je. Dan roken ze alcohol en dan kreeg ik ineens geen methadon meer. Wat een onzin, als ik methadon neem kan ik me daarna ook nog vol laten lopen. Allemaal van die kutregeltjes (13, 25-26)

Discussie en aanbevelingen

Een laagdrempelige en effectieve methadonbehandeling (Ball & Ross, 1991; Mattick e.a., 2003; Driessen, 2004) met mogelijkheden tot bijgebruik, stabilisering en afkicken, aanvullende diensten en speciaal afgestemde bejegening zou populair moeten zijn onder Amsterdamse gebruikers. Toch lijkt de populariteit onder groepen opiaatgebruikers af te nemen. Om het bereik van deze behandeling op peil te houden en waar mogelijk te maximaliseren, probeert deze studie inzicht te geven in belemmeringen voor behandeling vanuit het perspectief van de gebruikers.

Kwantitatieve informatie van dit onderzoek laat zien dat 80% van de steekproef gestopt is met methadonbehandeling en dat 60% de methadon op straat koopt. Tevens zien we dat twintig opiaatgebruikers zonder lopende methadonbehandeling vrij makkelijk geworven konden worden. Blijkbaar konden de opiaatgebruikers in onze steekproef de methadonbehandeling goed vinden en lijkt de drempel voor gebruik laag. Een eerdere studie kwam tot een zelfde conclusie (Witteveen, 2007). Studies over belemmeringen voor methadonbehandeling in andere Europese en Amerikaanse steden laten een minder rooskleurige bereik zien (Beynon, 2001; Appel, 2004). Gegevens suggereren eveneens dat een aanzienlijke groep opiaatgebruikers geen principiële bezwaren tegen methadon heeft, maar kennelijk de methadonbehandeling als geheel afwijst. Een oplossing voor deze groep lijkt te liggen in een andere organisatie van het methadonprogramma (zie verder). Een andere bevinding willen wij hier ook noemen. Terwijl 35% van de geïnterviewde personen aangeeft te willen stoppen met gebruik, geeft 30% aan niet te willen stoppen. Terwijl geen resultaten van recent buitenlands onderzoek bekend zijn waarmee vergelijking mogelijk is, laat recent onderzoek in Amsterdam een overeenkomstig hoog percentage zien (Witteveen, 2007).

De kwalitatieve analyse brengt belemmeringen voor methadonbehandeling aan het licht die te maken hebben met de stof methadon, de persoon en de organisatie van de methadonbehandeling. Ook andere studies laten zien dat 'hevige en langdurige detoxificatie' een belemmering is (Hunt, 1986; Peterson, 2010). Stoppen met methadon is moeilijk en gebruikers anticiperen op de vervelende ontwenningsverschijnselen door methadon te weigeren of slechts af en toe te gebruiken. Angst voor deze ontwenning wordt vergroot door het onvoorspelbare leven van veel gebruikers in relatie met de tevens in deze studie genoemde 'regels van het methadonprogramma'. De vele en ondoorzichtige regels rondom openingstijden, tijden voor afspraken, arrangementen en alcoholgebruik worden genoemd en lijken op een

verwijzing in een studie van Hunt (1985). Indien gebruikers bijvoorbeeld gearresteerd worden of doordat de polikliniek om welke reden dan ook de dosering verlaagt of stopt, lopen zij gevaar op de gevreesde methadonontwenning waarvan gedacht wordt dat deze erger is dan van heroïne. Door in behandeling te gaan verliest de gebruiker zijn controle over de verslaving en riskeert ernstige bemoeienis met zijn leven. Deze afhankelijkheid valt de gebruiker zeer zwaar.

Vervelende bijwerkingen van methadon worden in deze studie genoemd als belangrijke belemmering. Ook andere studies (Hunt, 1986; Peterson, 2010) rapporteren hierover. Pijn in de gewrichten, moeheid, migraine, obstipatie en verlies van concentratie en libido nemen toe bij langdurig gebruik en hoge dosering. Over het algemeen is men van mening dat heroïne deze bijwerkingen minder heeft, doordat het een natuurlijke stof is. Methadon is synthetisch en gevaarlijker.

In een studie van Peterson (2010) naar belemmeringen voor methadonbehandeling wordt gebrek aan effectiviteit genoemd. Deze beschrijving komt overeen met de door ons beschreven belemmering op persoonlijk niveau: behoefte aan een roes. Ongeveer de helft van de geïnterviewden stelt de snelle en diepe roes van heroïne zeer op prijs. Omdat methadon enerzijds niet de gewenste roes geeft en anderzijds de behoefte aan de roes niet wegneemt, blijft de trek naar de roes en dus naar heroïne bestaan. Methadon heeft volgens deze roeszoekende gebruikers niet het juiste effect.

Uit eerdere studies (Booth, 1996, 2003; Deck, 2005) is bekend dat gebruikers van zowel opiaten als cocaïne minder vaak in methadonbehandeling zijn dan gebruikers van alleen opiaten. Onze steekproef van personen zonder methadonbehandeling laat 90% combinatiegebruik zien. Het veel voorkomende crackgebruik werkt als een upper en vraagt om een neutralisator als het te heftig wordt. Heroïne dempt krachtig en geeft bovendien een prettig-warme roes. Waar heroïne een belangrijke rol speelt als downer, lijkt er minder plaats te zijn voor methadon. Een recente studie in Amsterdam (Witteveen, 2007) wijst eveneens op de belangrijke rol die heroïne als downer speelt.

Dagelijks gebruik van methadon ten slotte is een belemmering op het niveau van het programma. In de literatuur vinden wij hiernaar geen verwijzingen. Bijna alle personen in onze steekproef (95%) gebruiken regelmatig heroïne. Zij proberen deze te verdelen over de dag en hebben in principe geen methadon nodig. Ons onderzoek laat echter zien dat het in de praktijk anders verloopt. Hierdoor ontstaat een onverwacht tekort aan heroïne en een onvoorspelbare en onregelmatige behoefte aan methadon, die niet te rijmen lijkt met de methadonbehandeling.

Heftige detoxificatie en bijwerkingen kunnen in specifieke situaties misschien opgelost worden met het opiaatsubstitutiemiddel buprenorfine. Momenteel zijn in Nederland drie verschillende medicijnen met de werkzame stof buprenorfine op de markt (Temgesic[®], Subutex[®] en recentelijk Suboxone[®]) en het is aan de behandelende arts om te bepalen welke de voorkeur verdient. Als partieel antagonist is instellen op buprenorfine weliswaar lastig, maar eenmaal ingesteld is het veiliger. Er is geen overdoseringrisico en er zijn minder heroïnecraving, sufheid, interactie en hartritmestoornissen. Bovendien zijn er bij detoxificatie geen opiaatonthoudingsverschijnselen (WHO, 2009). Een aanbod van buprenorfine als alternatief voor methadon zou een deel van de wegblijvers kunnen binnenhalen, hoewel het de vraag is of instellen op buprenorfine kan voldoen aan de vraag van deze patiënten om zoveel mogelijk naar behoefte te kunnen gebruiken als de heroïneaanvoer even stagneert.

Verwijzend naar de behoefte aan een roes denken wij dat artsen misschien terughoudend moeten zijn met het voorschrijven van methadon aan heroïnegebruikers die een diepe roes najagen.

Te veel regels wordt als een belemmering voor methadonbehandeling ervaren. De geschiedenis van de methadonbehandeling leert ons dat perioden van meer en minder regels en verplichtingen elkaar hebben opgevolgd. Problemen met regelgeving zijn van alle tijden, en voorkomen moet worden in herhaling te vervallen met nieuwe richtlijnen.

Toch constateren wij dat het toedienen van opiaten op de polikliniek vaak een automatisme is. Het meegeven van methadon voor langere perioden of een recept bij de apotheek is vriendelijker voor de patiënt en minder stigmatiserend.

Uit de interviews blijkt tevens dat er een patiëntencategorie is die methadon naar behoefte wil gebruiken. Het methadonprogramma heeft echter moeite met het opnemen van deze hulpvraag in het hulpaanbod. Binnen de doelstelling van het onderhouden van contact met de patiënt ('harm reduction') zou deze hulpvraag honorabel kunnen zijn. Vanwege mogelijk verminderde tolerantie wordt in het methadonprogramma de methadondosering na enige dagen niet verschijnen verlaagd, blijkbaar omdat men bang is voor een overdosering als de opiatetolerantie van de patiënt is verminderd na enkele dagen zonder methadongebruik. Het is de vraag of hulpverleners het niet zouden moeten aandurven de patiënt meer controle over het gebruik te geven. Immers, de kans op een accidentele overdosis bij een doorgewinterde methadongebruiker is miniem; patiënten weten meestal veel beter dan hulpverleners hoe zij op bepaalde doseringen methadon op bepaalde momenten reageren, want ze hebben er vele jaren ervaring mee. Het

risico van doorverkoop van methadon en accidentele overdosering bij derden (zoals kinderen) blijft bij het meegeven van methadon natuurlijk wel bestaan, de hulpverlener zal er dus een zeker vertrouwen in moeten hebben dat de patiënt op een verantwoorde manier met methadon kan omgaan.

Het gebruikspatroon van veel harddruggebruikers is verschoven van heroïne als primaire drug naar cocaïne-base. Heroïne blijkt bij veel patiënten de rol van demper op de baseroes te hebben gekregen. Methadon is weliswaar ook een dempende stof, maar heeft niet de zeer snelle en heftige werking die deze gebruikers graag willen. Onbekend is of andere opiaten deze werking wel hebben. Een proef die uitzoekt of buprenorfine op deze manier werkt, zou de moeite waard zijn. Een ander punt is dat de methadonpost geen duidelijk aanbod voor cocaïneverslaving heeft, terwijl vrijwel alle Amsterdamse harddruggebruikers cocaïne gebruiken. Werkzaam bij cocaïneverslaving zijn cognitieve gedragstherapie en 'contingency management'; daarnaast is er enige evidentie voor enkele vormen van farmacotherapie (Dackis, 2005). Voor al deze methoden is echter motivatie voor het stoppen van cocaïnegebruik van de patiënt onontbeerlijk en het is de vraag of deze doelgroep daar aan toe is. Het valt zeker aan te bevelen te proberen een aanbod voor cocaïneverslaving te ontwikkelen vanuit de methadonpost.

Deze studie kent enkele beperkingen.

- Om een zo heterogeen mogelijke steekproef samen te stellen, werden de deelnemers aan deze studie op verschillende manieren, tijden en plaatsen geworven. Hoewel dit de representativiteit van de steekproef ten goede komt, is dit niet gegarandeerd doordat het onmogelijk is een willekeurige steekproef te trekken uit een zogenaamde 'hidden population'.
- Hoewel de deelnemers aangemoedigd werden vrijuit te spreken, gaven de geïnterviewden mogelijk sociaal-wenselijke antwoorden. Wij zijn echter van mening dat, door de alertheid van twee ingewijde interviewers, inconsistenties tijdens de interviews zijn geminimaliseerd.
- Het is belangrijk dat we ons realiseren dat bevindingen en conclusies niet gegeneraliseerd kunnen worden naar landen waar de methadonbehandeling aanzienlijk anders is vormgegeven dan in Nederland.

Wij zijn van mening dat deze studie voldoende inzicht geeft in de diversiteit en inhoud van de belemmeringen voor methadonbehandeling, omdat wij na twintig interviews geen nieuwe informatie boven

tafel kregen en het verzadigingspunt werd bereikt. Wij willen echter benadrukken dat geen gefundeerde voorspelling gedaan kan worden over de mate waarin deze belemmeringen zich voordoen.

Literatuur

- GGZ Nederland (2005). Richtlijn opiaatonderhoudsbehandeling. (Nummer: 2005-297L.) Amersfoort: GGZ Nederland.
- Appel, P., Ellison, A., Jansky, H., & Oldak, R. (2004). Barriers to enrolment in drug abuse treatment and suggestions for reducing them. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31, 129-153.
- Ball, J.C., & Ross, A. (1991). *The effectiveness of methadone maintenance treatment: Patients, programs services and outcome*. New York: Springer Verlag.
- Beynon, C., Bellis, M., Millar, T., & Jones, K. (2001). Hidden need for drug treatment services: Measuring levels of problematic drug use in the North West of England. *Journal of Public Health Medicine*, 23, 286-291.
- Boekhout van Solingen, T. (2001). *Op de pof: cocaïnegebruik en gezondheid op straat*. Amsterdam: Stichting Mainline.
- Booth, R.E., Corsi, K.C., & Mikulich, S.K. (2003). Improving entry to methadone maintenance among out-of-treatment injection drug users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 305-311.
- Booth, R.E., Crowley, T.J., & Zhang, Y. (1996). Substance abuse treatment entry, retention and effectiveness: Out-of-treatment opiate injection drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 42, 11-20.
- Brussel, G.H.A. van, & Buster, M.C.A. (2005). *OGGZ Monitor Amsterdam '02'03'04*. Amsterdam: GGD.
- Buning, E.C. (1986). *De GG&GD en het drugsprobleem in cijfers, deel I*. Amsterdam: GGD Amsterdam.
- Buning, E.C. (1987). *De GG&GD en het drugsprobleem in cijfers, deel II*. Amsterdam: GGD Amsterdam.
- Buster, M., Witteveen, E., & Tang, M.J. (2009). *Schatting problematische druggebruikers in Amsterdam*. Amsterdam: GGD Amsterdam.
- Buster, M.C.A. (2005). *Risk opiate user study Europe (ROSE). Veldonderzoek*. Amsterdam: GGD.
- Buster, M.C.A. (2008). *Straatprostitutie en vrouwenachtopvang in Amsterdam*. Amsterdam: GGD.
- D'Aunno, T., & Pollack, H.A. (2002). Changes in methadone treatment practices: Results from a national panel study, 1988-2000. *Journal of the American Medical Association*, 288, 850-856.
- Dackis, C.A., Kampman, K.M., Lynch, K.G., Pettinati, H.M., & O'Brien, C.P. (2005). A double-blind, placebo-controlled trial of modafinil for cocaine dependence. *Neuropsychopharmacology*, 30, 205-211.
- Deck, D., & Carlson, M.J. (2005). Retention in publicly funded methadone maintenance treatment in two Western states. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 32, 43-60.
- Driessen, F.M.H.M. (2004). *Methadon in Nederland*. (Dissertatie.) Utrecht.
- Grella, C.E., Wugalter, S.E., & Anglin, M.D. (1997). Predictors of treatment retention in enhanced and standard methadone maintenance treatment for HIV risk reduction. *Journal of Drug Issues*, 27, 204-224.

- Hoogeboezem, G. (2003). *Wonen in een verhaal. Dak en thuisloosheid als een sociaal proces*. (Dissertatie.) Utrecht: De Graaf.
- Hunt, D.E., Lipton, D.S., Goldsmith D.S., e.a. (1985-86). 'It takes your heart': The image of methadone maintenance in the addict world and its effect on recruitment into treatment. *International Journal of the Addictions*, 20, 1751-1771.
- Maddux, J.F., & Prihoda, T.J. (1994). Treatment fees and retention of methadone maintenance. *Journal of Drug Issues*, 24, 5-17.
- Magura, S., Nwakeze, P.C., & Demsky, S. (1998). Pré- and in- treatment predictors of retention in methadone treatment using survival analysis. *Addiction*, 93, 51-60.
- Peterson, J.A., Schwartz, R.P., & Mitchell, S.G., e.a. (2010). Why don't out-of-treatment individuals enter methadone treatment programmes? *International Journal of Drug Policy*, 21, 36-42.
- Termorshuizen, F., Krol, A., Prins, M., e.a. (2005). Prediction of relapse to frequent heroin use and the role of methadone prescription: An analysis of the Amsterdam Cohort Study among drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 79, 231-240.
- Witteveen, E., Ameijden, E.J.C. van, & Prins, M. (2006). Motives for and against injecting drug use among young adults in Amsterdam: Qualitative findings and considerations for disease prevention. *Substance Use and Misuse*, 41, 1001-1016.
- Witteveen, E., Ameijden, E.J.C. van, Prins, M., & Schippers, G.M. (2007). Factors associated with the initiation of cocaine users and heroin users among problem drug users: Reflections on interventions. *Substance Use and Misuse*, 42, 933-947.
- Witteveen, E., Ameijden, E.J.C. van, Prins, M., & Schippers, G.M. (2007). Unmet needs and barriers to health care utilization among young adult, problematic drug users: an explorative study. *Sucht*, 53, 9-16.
- Woody, G., O'Hare, K., Mintz, J., & O'Brien, C. (1975). Rapid intake: A method for increasing retention rate of heroine addicts seeking methadone treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 16, 165-169.
- World Health Organization (2009). *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*. Genève: Department of Mental Health and Substance Abuse.